

VIVÊNCIAS DE ANSIEDADE E STRESSE DOS DOENTES COM TUMOR CEREBRAL, NO PRÉ-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA

Maria Celeste Almeida

Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem do Porto
cbastos@esenf.pt

Lígia Lima

Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem do Porto
ligia@esenf.pt

Ana Guerreiro

Enfermeira Especialista, Hospital S. João
amg Guerreiro@sapo.pt

RESUMO: As vivências de ansiedade e stresse são frequentemente identificadas em doentes com tumor cerebral, em especial quando estes vão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica. Com este estudo pretendeu-se conhecer mais aprofundadamente as vivências de ansiedade e stresse da pessoa com diagnóstico de tumor cerebral, que vai ser submetida a uma intervenção neurocirúrgica, no período pré-operatório.

Foram entrevistados cinco doentes adultos, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 33 e os 62 anos.

Os resultados revelam que o stresse e ansiedade são experiências comuns a todos os doentes no período pré-operatório, dependentes da perceção da gravidade da doença, da incerteza do prognóstico e da antecipação de eventuais repercussões na vida futura. Os doentes apontaram ainda como fatores potenciadores de stresse, circunstâncias associadas ao processo de hospitalização, nomeadamente o afastamento da sua vida socioprofissional.

Este estudo constitui um contributo para aprofundar o conhecimento sobre as vivências dos doentes com tumor cerebral no período pré-operatório, possibilitando a identificação de fatores associados ao stresse e ansiedade nesta fase da doença, que poderão constituir focos de atenção das intervenções de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: vivências de stresse, ansiedade, tumores cerebrais, neurocirurgia, pré-operatório.

ABSTRACT: *Patients with brain tumors often experience stress and anxiety, especially when they are about to undergo surgery. This study aimed to comprehend more deeply the experiences of stress and anxiety of the person diagnosed with brain tumor who is attending a neurosurgical intervention, in the preoperative period.*

Five adult patients were interviewed, of both sexes and aged between 33 and 62 years.

The results showed that stress and anxiety are common experiences to all patients in the preoperative period, dependent on the perception of disease severity, uncertainty of prognosis and anticipation of possible negative consequences for future life. Patients also indicated, as factors that promote stress, conditions associated with the hospitalization process, namely the interruption of their socio-professional life.

This study is a contribution to deepen knowledge about the experiences of patients with cerebral tumor in the preoperative period, enabling the identification of factors associated with stress and anxiety at this stage of the disease, which could be the focus of attention of nursing interventions.

KEYWORDS: *stress experiences, anxiety, brain tumors, neurosurgery, preoperative.*

I. Introdução

A evolução técnico-científica associada à área dos cuidados de saúde permite o tratamento de doenças outrora incuráveis ou incapacitantes, como é o caso das doenças oncológicas, recorrendo a técnicas cada vez mais sofisticadas. A complexidade que acompanha o tratamento do cancro exige a intervenção coordenada de vários profissionais de saúde, com formação em diferentes áreas, numa equipa multidisciplinar (WHO, 2008). A compreensão das necessidades dos doentes com cancro permite um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde (Keir, Swartz, & Friedman, 2007), em áreas outrora negligenciadas, particularmente as necessidades psicossociais (WHO, 2008).

Os tumores intracranianos são uma causa significativa da morbilidade e mortalidade (Goebel, Stark, Kaup, von Harscher & Mehdorn, 2011) e a investigação em geral revela que os doentes com este tipo de patologia vivenciam níveis elevados de ansiedade e de depressão (Arnold et al., 2008; Molassiotis et al., 2010; Rooney, Carson, & Grante, 2011) e uma diminuição da qualidade de vida (Lamperti et al., 2012; Rooney et al., 2011). A incerteza é partilhada pelos doentes com cancro e, no caso particular dos doentes com tumor cerebral, a irregularidade do padrão sintomático pode causar incertezas sobre o prognóstico, a resposta aos tratamentos e a qualidade de vida (Cahill, LoBiondo-Wood, Bergstrom, & Armstrong, 2012).

Várias modalidades terapêuticas podem ser adotadas no tratamento da doença oncológica, sendo que, atualmente, os doentes confrontam-se com um ambiente hospitalar altamente tecnológico e sofisticado, principalmente se a situação clínica exige uma intervenção cirúrgica (Pritchard, 2009).

Os estudos identificam a ansiedade e o stresse como vivências dos doentes que vão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica, independentemente do tipo de cirurgia (Munafò & Stevenson, 2001; Karanci & Dirik, 2003; Asililoglu & Celik, 2004; Jawaidd, Mushtaq, Mukhtar, & Khan, 2007; Pritchard, 2011). O doente é muitas vezes internado poucas horas antes da intervenção cirúrgica, sendo confrontado com a necessidade de se ajustar rapidamente ao meio hospitalar e de se entregar aos cuidados de pessoas estranhas, o que gera naturais constrangimentos físicos e emocionais. É ainda evidente a dificuldade em aceitar a sua própria situação, bem como as repercussões futuras na

sua vida (Melo, 2005). Assim, a intervenção cirúrgica é um episódio específico de vivências marcadas pela insegurança do momento e pela incerteza do depois (ibidem). No caso particular da neurocirurgia acrescem os medos enraizados em crenças sobre a incapacidade e o risco de vida, frequentemente associados pelos doentes a esta especialidade médica.

A ansiedade pré-operatória é um problema particularmente significativo para os doentes com tumor cerebral, uma vez que muitas vezes é apenas através da intervenção que o diagnóstico do tumor é totalmente definido e estabelecidas as possibilidades terapêuticas. São conhecidas as implicações clínicas na ansiedade pré-operatória em geral (Goebel, Kaup, & Mehdorn, 2011; Palese, Cecconi, Moreale, & Skrap, 2012), contudo, a informação acerca da incidência e gravidade da ansiedade pré-operatória em doentes submetidos a cirurgia programada em neurocirurgia é ainda escassa (Perks, Chakravarti, & Manninen, 2009).

O modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984) constitui uma das principais referências teóricas no domínio do stresse e, por isso, foi adotado na contextualização teórica do presente estudo. Esta teoria realça a interdependência entre as cognições, as emoções e os comportamentos. Os autores referidos consideraram o stresse como o resultado da interação do meio ambiente e da própria pessoa, preconizando a existência de um processo cognitivo de avaliação de uma determinada situação e de uma “decisão” relativamente ao carácter mais ou menos ameaçador (“stressor”) dessa mesma situação, seguindo-se um esforço cognitivo e comportamental para lidar com a situação de stresse (*coping*).

Frequentemente, o stresse e a ansiedade são utilizados como sinónimos, no entanto, o stresse é uma resposta multifatorial, baseada numa avaliação cognitiva, a ansiedade reporta-se a uma emoção negativa que depende da avaliação do estímulo stressor.

Neste estudo, tomamos por referência a existência de investigação que identifica os níveis elevados de stresse que os doentes com tumor cerebral apresentam na fase inicial do tratamento (Goebel et al., 2011) e mesmo após o primeiro tratamento cirúrgico (Goebel et al., 2011). Atendendo ao mau prognóstico frequentemente associado ao tumor cerebral (Gofton, Graber & Carver, 2012; Palese et al., 2012), cujo tratamento é muitas vezes essencialmente paliativo (Cahill et al., 2012), há evidência da necessidade

de identificação dos doentes de risco e, também, de intervenção clínica e psicossocial ajustada à sintomatologia e angústia vivida pelos doentes (Goebel et al., 2011). Neste contexto, justifica-se uma investigação com a finalidade de aprofundar o conhecimento sobre as vivências de stresse e ansiedade de doentes com tumor cerebral no pré-operatório de uma neurocirurgia programada, perspetivando assim poder contribuir para o desenvolvimento de um acompanhamento mais personalizado por parte dos enfermeiros.

Os objetivos deste estudo foram: estudar as vivências de stresse e ansiedade, no período pré-operatório, da pessoa que vai ser submetida a uma intervenção neurocirúrgica; analisar os fatores associados ao procedimento cirúrgico e que os doentes identificam como contribuindo para o seu estado de stresse e ansiedade vivido pelo doente; explorar outros fatores para além dos relacionados com a cirurgia que os doentes identificam como responsáveis pelo seu estado de ansiedade e stresse.

II. Método

Este é um estudo transversal e descritivo, enquadrado no paradigma qualitativo, sendo que os dados foram recolhidos em forma de testemunhos através da realização de entrevistas semiestruturadas. O guião da entrevista foi constituído por questões organizadas em três blocos temáticos em função dos objetivos traçados e no sentido de perceber: como é vivenciado o pré-operatório; quais os fatores que estão associados ao procedimento cirúrgico e que contribuem para o estado de stresse e ansiedade vivido pelo doente; que outros aspetos para além dos relacionados com a cirurgia interferem no estado de ansiedade e stresse do utente.

Participantes

Participaram no estudo cinco adultos, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 33 e os 62 anos, diagnosticados com tumor cerebral (Tabela 1). Os doentes encontravam-se internados no Serviço de Neurocirurgia de um Hospital Central da zona norte de Portugal. Foram cumpridos os seguintes critérios de inclusão: adultos, com diagnóstico de tumor cerebral, internados na véspera de cirurgia programada, sem alterações cognitivas e que aceitaram participar no estudo.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra.

Entrevista	E1	E2	E3	E4	E5
Idade (anos)	33	51	53	57	58
Género	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino
Estado Civil	Divorciada	Casado	Casada	Casado	Casado
Escolaridade	Licenciatura	12.º ano	12.º ano	Licenciatura	1.º ciclo
Profissão	Engenheira	Administrat.	F. Judicial	Engenheiro	Reformado
Filhos	Não	Não	Não	Não	Sim
Primeira cirurgia	Não	Não	Não	Não	Sim

Procedimento

Após a autorização do estudo pela Comissão de Ética do hospital e o consentimento livre e informado por parte dos doentes, estes foram entrevistados no dia antes da cirurgia. As entrevistas tiveram uma duração que variou entre 30 a 45 minutos.

Todas as entrevistas foram gravadas em suporte de áudio e, posteriormente, foram transcritas na íntegra, incluindo hesitações, silêncios e estímulos do investigador (Bardin, 2009). O processo de análise escolhido foi a análise de conteúdo, cujas etapas incluíram a organização, síntese e transformação dos dados em unidades de análise, as quais resultaram da procura de padrões, com o objetivo de conseguir uma representação simplificada dos dados em bruto, expressa através de categorias e subcategorias (Bardin, 2009). A grelha categorial resultante da análise de conteúdo encontra-se descrita na apresentação dos resultados.

No processo de codificação, as transcrições das entrevistas foram numeradas, usando a seguinte simbologia – E, seguido do número de identificação da entrevista, E1; E2, E3, etc.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise das entrevistas emergiram cinco categorias: a expressão da ansiedade, a ameaça da cirurgia, as experiências cirúrgicas anteriores, o processo de hospitalização e a doença; bem como as respetivas subcategorias, apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2: Categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo.

Categoria	Subcategorias	Total de participantes	Total de unidades de registo
A expressão da ansiedade	Sentimentos de apreensão	4	21
	Sintomas somáticos e cognitivos	3	5
A ameaça da cirurgia	Representação acerca do local anatómico	4	17
	Procedimentos cirúrgicos	2	6
	Anestesia	2	3
	Resultados da cirurgia	5	19
	Dor	2	4
	Morte	1	1
As experiências cirúrgicas anteriores	Negativas	1	1
	Positivas	3	4
O processo de hospitalização	A permanência no internamento	3	5
	Interrupção da atividade profissional	5	7
A doença	Até ao diagnóstico	4	6
	O impacto do diagnóstico	4	9

A expressão da ansiedade

Segundo Lazarus (1993), a ansiedade faz parte das emoções negativas, definindo-se como um vago e incómodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonómica ou um sentimento de apreensão causado pela antecipação do perigo. A expressão de ansiedade surge da avaliação que o indivíduo faz da sua reação ao stress, que se traduz em **sentimentos de apreensão** e em respostas somáticas e cognitivas.

Os doentes expressaram de forma diversa e repetida os seus sentimentos de apreensão, sendo esta a subcategoria que totalizou o maior número de unidades de registo. Aqui se incluem as verbalizações de preocupação e de medo, sendo por isso uma expressão da ansiedade, como exemplifica o seguinte testemunho: “O stress está cá dentro, é uma energia forte, uma tensão enorme, nota-se. Agora há uma dor ... uma dor nostálgica.” (E2)

Tal como este estudo, outras investigações relatam o stress e a ansiedade dos doentes com neoplasia cerebral como estando presente durante todo o processo da doença (Arnold et al., 2008; Cavers, Hacking, Erridge, Morris, Kendall, & Murray, 2013; Goebel et al., 2011), especificamente no dia anterior à neurocirurgia (Palese et al., 2012), em outras fases da doença (Cahill et al., 2012; Goebel et al., 2011) e também naqueles que após cirurgia sobrevivem à neoplasia cerebral (Keir, et al., 2007).

Três dos participantes verbalizaram **sintomas somáticos de ansiedade** tais como dificuldades em dormir, emagrecimento e dificuldades de concentração, como ilustram os seguintes excertos: “Tenho sessenta e tal quilos, por aí, mas também emagreci nestes dias.” (E3); “...eu às vezes sinto-me, não me sinto bem. Há dias que tenho sentido desorientação, falta de concentração, de atenção.” (E4); “Nesta fase não descanso, durmo 2 a 3 horas por noite.” (E2)

A ameaça da cirurgia

A cirurgia é avaliada pela pessoa como um acontecimento ameaçador e causador de stress e que põe em perigo o seu bem-estar físico, independentemente da finalidade da mesma (Munafò & Stevenson, 2001; Karanci & Dirik, 2003; Asilioglu & Celik, 2004).

Nesta categoria foram agrupadas unidades que de forma mais direta expressavam os medos, receios e preocupações vivenciados pelos participantes relativamente a todo o processo que envolve a cirurgia. Com base na análise mais aprofundada das verbalizações dos participantes foram definidas as seguintes subcategorias: representação acerca do local anatómico da cirurgia, procedimentos cirúrgicos, anestesia, os resultados da cirurgia, dor e morte.

Na subcategoria **representação acerca do local anatómico**, incluíram-se unidades de registo que expressam a importância do cérebro como área nobre, tais como: “O cérebro comanda tudo no nosso corpo, então se houver alguma situação, seja o que for, acho que é importante.” (E1); “Claro que nós sabemos que o cérebro não é uma perna, não é um dedo, não é... não sei... E eles também não sabem o que está aqui, só depois de abrir. A cabeça representa tudo, é o que comanda...” (E3)

O local cirúrgico é encarado pelos doentes como algo que intensifica a ameaça sentida pelo ato cirúrgico. Consideram que estas áreas neurocirúrgicas são áreas especialmente delicadas, nas quais qualquer intercorrência pode

despoletar complicações graves quer a nível físico, quer a nível psicológico. Esta preocupação justifica-se, uma vez que a própria evidência aponta a elevada morbilidade e mortalidade que se associa ao tumor cerebral (Goebel et al., 2011) e os doentes estão informados sobre esta realidade.

Os doentes centram-se muito mais na gravidade da doença e incerteza face ao futuro próximo do que propriamente na cirurgia. A preocupação com os **procedimentos cirúrgicos** foi apenas verbalizada por dois participantes: “É um bocadinho assustador. Por exemplo, houve aí umas reportagens.” (E1); “Aquele aparato todo, para mim, é assustador.” (E3)

Um dos participantes apontou os procedimentos cirúrgicos como indutores de stresse, pelo facto de saber que a determinada altura da cirurgia iria ser acordado e que a cirurgia prosseguiria consigo consciente. Este procedimento surge assim para o doente como uma ameaça particularmente significativa, como ilustra o seu testemunho: “Preocupa-me o estar acordada (...) é assustador, estar ali três horas.” (E3)

Os medos e a apreensão em torno da **anestesia** prendem-se essencialmente com o desconhecimento daquilo que pode acontecer enquanto o doente se encontra sob o efeito da anestesia: “Eu sei que estou ali inconsciente... Eu não penso porque se começar a pensar, acho que me vai assustar.” (E5).

No entanto, os participantes do estudo não enfatizam a anestesia como um dos principais aspetos geradores da sua ansiedade: “É assim, não tenho medo da anestesia...” (E1). Este resultado difere do que é geralmente referenciado na literatura, em que a anestesia constitui um dos principais *stressores* associados aos procedimentos cirúrgicos (Grieve, 2002; Phipps, Sands & Marek, 2003; Prichard, 2011). Inclusive, num estudo de Jawaid e colaboradores (2007) realizado com 193 doentes no pré-operatório de cirurgia programada, verificou-se que os doentes que eram submetidos a anestesia geral apresentavam níveis mais elevados de ansiedade do que os doentes que eram submetidos a anestesia raquidiana, o que reforça a crença de que a perda de consciência e, conseqüentemente, a perda de controlo por parte do doente, funciona como uma circunstância que intensifica o caráter ameaçador do processo.

Na subcategoria **resultados da cirurgia**, constatamos que esta preocupação é transversal a todos os participantes. De notar que a gravidade do diagnóstico marca também, de uma forma decisiva, o relato dos participantes. São feitas referências às consequências e limitações que a cirurgia pode provocar ao nível da integridade e ao nível da incapacidade física, com grandes repercussões pessoais e profissionais, como ilustra este excerto: “Tenho medo, de não ficar como eu estou agora... Não ter mobilidade. Tenho medo de ficar com alguma sequela” (E1); “O acordar é a minha preocupação, o acordar, o querer falar, se ficou afetada a área da fala.” (E2)

As preocupações dos doentes geralmente expressam-se ao nível da incerteza do futuro e do desconhecimento sobre o resultado da cirurgia (Phipps et al., 2003). Também no estudo realizado por Perks e colaboradores (2009) que visou avaliar o nível de ansiedade pré-operatória em doentes neurocirúrgicos, os autores verificaram que o receio de complicações físicas e psicológicas que surgissem decorrentes da cirurgia eram as circunstâncias que se associavam a maiores níveis de ansiedade.

É notório, no discurso dos participantes, o receio de uma possível dependência de terceiros, desencadeada por complicações cirúrgicas, o que desencadeia também ansiedade: “O que quero é não dar dor, ou seja sofrimento, aos outros... Não quero que os outros sofram por minha causa.” (E2)

Em consonância com o sentimento expresso no testemunho anterior, no estudo de Cavers e colaboradores (2013) verificou-se que os doentes também se preocupavam com o facto de poderem constituir um fardo para os familiares cuidadores, existindo outros estudos que evidenciam o sofrimento dos cuidadores que acompanham os doentes ao longo do processo de doença (Finocchiaro et al., 2012).

A literatura aponta a **dor** como um sintoma frequentemente associado à cirurgia e que por isso contribui para a vivência de stresse e ansiedade (Gallagher e McKinley, 2007; Jawaid et al., 2007). No nosso estudo, apenas dois participantes consideraram a dor como alvo da sua inquietação, mais concretamente: “(...) também tenho medo da dor que possa sentir (...) de ter dor, que não consiga suportar.” (E1) “Assusta-me muito a dor.” (E3)

A **morte** como preocupação face à cirurgia constituiu um sentimento não verbalizado de forma direta, apenas encontramos um registo implícito no discurso de um dos participantes: *“A minha preocupação... e obviamente entreguei tudo a um advogado para ficar tudo em nome dos meus filhos.”* (E2)

Contudo nem toda a investigação tem produzido resultados semelhantes. Por exemplo, num estudo exploratório, também de natureza qualitativa, que teve como objetivo compreender os sentimentos da mulher proposta para cirurgia ginecológica, Salimena e colaboradoras (2010) verificaram que a morte era uma preocupação frequentemente mencionada pelas doentes.

Experiências cirúrgicas anteriores

Nesta categoria incluíram-se unidades de registo que descreviam experiências cirúrgicas anteriores, que de alguma forma parecem ter contribuído para aumentar ou diminuir o stresse vivenciado. Na subcategoria das **experiências negativas**, apenas um dos participantes referiu a sua experiência prévia, enquanto fator incrementador de stresse, o que se mostrou particularmente evidente na referência aos receios associados aos desconfortos causados pelo ato anestésico: *“Eu das outras experiências, já estive mal disposto...”* (E2)

Na subcategoria das **experiências positivas** encontramos os relatos de três participantes que associavam essas experiências ao “acordar bem”: *“Ah não tive uma experiencia má... Acordei bem e bem-disposto.”* (E4)

Pode considerar-se que as experiências prévias positivas funcionam como fator atenuador do stresse, o que, aliás, foi já descrito noutros estudos (Caumo et al., 2001; Walker, 2002; Phipps et al., 2003; Pritchard, 2009). Um outro exemplo de um estudo com resultados semelhantes é o de Badner e colaboradores (1990), que realizaram um estudo quantitativo com 284 doentes de cirurgia de ambulatório e cirurgia programada, e concluíram que as experiências cirúrgicas anteriores contribuíram para a diminuição da ansiedade no pré-operatório.

O processo de hospitalização

De acordo com a literatura, o processo de hospitalização, nomeadamente a integração num ambiente estranho, o internamento e a interrupção da atividade profissional,

são aspetos que contribuem para o stresse (Melo, 2005). E na análise das entrevistas os participantes também mencionaram estes aspetos, pelo que identificamos duas subcategorias: a permanência no serviço de internamento e a interrupção da atividade profissional.

Segundo o discurso dos participantes, são essencialmente três as razões que estão na origem do stresse relacionado com a permanência no serviço de internamento. Em primeiro lugar, as condições físicas que o próprio hospital tem para oferecer às pessoas e que na opinião de alguns participantes são geradoras de desconforto e mal-estar. Outra razão é o tempo de internamento, constatando-se um forte desejo, claramente expresso, de não passar muito tempo no hospital: *“Espero que... enfim... que não esteja cá muito tempo.”* (E4)

Por fim, outra razão que, segundo os doentes, é um fator gerador de stresse e ansiedade é o contato com o sofrimento de outros doentes. A **permanência no serviço de internamento** enquanto indutor de stresse foi também referida num estudo de natureza qualitativa desenvolvido por Gallagher e McKinley (2007), realizado com 172 participantes e que visava descrever as preocupações dos doentes submetidos a revascularização do miocárdio. Para estes doentes, o processo de hospitalização era também gerador de stresse, nomeadamente no que se refere à mudança dos estilos de vida pessoais.

A consequência mais direta da cirurgia na gestão da atividade profissional assume duas dimensões algo distintas. Por um lado, a preocupação com o facto de se ausentarem da sua **atividade profissional**, porque têm a seu cargo equipas de trabalho muito dependentes da sua figura enquanto responsável. Por outro lado, a ausência ao trabalho pode causar insegurança a nível da manutenção do posto de trabalho, assim como nas oportunidades de emprego, tal como ilustra o seguinte testemunho: *“A preocupação do trabalho ainda é muita. Preocupo-me muito com eles, com a equipa que deixei lá (...) não vão dar conta do recado (...).”* (E3)

Este resultado é consistente com estudos anteriores em que o afastamento do trabalho e a dificuldade em retomar a atividade profissional são referidos como fatores de stresse, ansiedade e depressão para os doentes com tumor cerebral (Rooney et al., 2011).

A doença

A categoria “doença” descreve qualquer referência ao percurso de doença até ao diagnóstico e ao impacto do diagnóstico. Foi notória a perturbação causada pelo impacto do diagnóstico, abrupto e vivido com dramatismo, principalmente pelos participantes cuja doença se encontrava camuflada, sem sinais perceptíveis (ou apenas parcialmente).

Relativamente à subcategoria **até ao diagnóstico**, a ausência de sintomas de alerta foi uma circunstância que gerou muita ansiedade, como se pode conferir: *“Porque eu estou bem, não me sinto doente. Ok, desmaiei... mas, tanta gente que desmaia e que não tem... e agora vou, pronto, vou ser operada, e tenho um tumor.”* (E1); *“Eu sentia que alguma coisa me prendia. Honestamente não pensei, não associei.”* (E5)

Também num estudo qualitativo desenvolvido por Deus (2009), que pretendeu conhecer as vivências dos doentes oncológicos no período pré-operatório, se verificou que o pré-operatório é um momento particularmente difícil para o doente, entre outras razões pelas inseguranças e incertezas vivenciadas em torno do diagnóstico que a intervenção possa desencadear.

Na subcategoria o **impacte do diagnóstico** são relatadas reações ao diagnóstico, marcadas pela surpresa, choque, dúvidas, ansiedade e medos. Reações decorrentes da confrontação com uma nova realidade – a doença. Em alguns casos, existem sentimentos de revolta e inconformismo, avaliando-se de forma retrospectiva todo o percurso de vida. *“Quando me disse que era uma massa tumoral (...). Foi um choque, e... pronto, a partir daí andei depressiva.”* (E3); *“Essa doença... (pausa) a minha primeira reação foi de revolta... essencialmente injustiça...”* (E2)

A confrontação com o diagnóstico da doença provoca um choque brutal, em que tudo muda de um momento para o outro. A doença em si e a sua evolução interferem na avaliação que a pessoa faz da cirurgia (Boer, et al., 2006; Mok & Mphil, 2008). Moos e Holahan (2007) referem também que a ameaça associada ao diagnóstico de doença grave geralmente coloca em causa os planos futuros, podendo inclusive provocar um afastamento da família e da rede social. A ameaça será tanto maior quanto maior for a incerteza do futuro, e os doentes podem experimentar uma falta de esperança ao confrontarem-se com o cenário

real de uma doença com mau prognóstico (Goebel et al., 2011), à qual, frequentemente, se associam perdas físicas e psicológicas (Gofton et al., 2012).

IV. CONCLUSÃO

Pretendeu-se compreender como a pessoa com tumor cerebral vivencia o período pré-operatório, tentando conhecer os fatores associados ao stress e ansiedade, para uma compreensão efetiva das necessidades sentidas, de forma a poder intervir no planeamento de cuidados com qualidade.

Os resultados do estudo demonstram que o stress e ansiedade são experiências comuns a todos os doentes, sem exceção. Os participantes expressaram a sua ansiedade de diversas formas, desde sentimentos vagos de desconforto, ao medo e à preocupação, não tanto com o ato cirúrgico e a anestesia, mas essencialmente com a gravidade associada à patologia, à natureza incerta do prognóstico e às repercussões na sua vida futura. A sintomatologia de natureza somática não se salienta enquanto expressão da ansiedade.

Encontramos diferentes fatores que se associam às vivências de stress e ansiedade da pessoa que vai ser submetida a uma intervenção neurocirúrgica. No nosso estudo, emergiram como mais relevantes as preocupações em torno do sucesso da cirurgia e os receios associados às características “delicadas” dos locais anatómicos a operar. Todos os participantes mostraram estar cientes dos riscos da cirurgia e de possíveis consequências futuras das complicações ocorridas durante a cirurgia, muitas das quais de séria ameaça à sua integridade física e psicológica. De forma menos frequente os participantes mencionaram ainda como fontes de stress, circunstâncias associadas ao processo de hospitalização, tais como o afastamento da sua vida socioprofissional.

Os resultados vêm reforçar as conclusões de estudos anteriores, as quais assinalam a importância da identificação dos fatores indutores de stress e ansiedade no sentido de ajudar os profissionais a desenvolverem e priorizarem intervenções que capacitem o doente para desenvolver estratégias de *coping* mais eficazes.

De acordo com Melo: “Compreender a perspetiva do doente torna-se um pré-requisito para uma boa prática profissional” (2005, p.29). Neste estudo focamos a nossa

atenção na perspectiva do doente apenas no período pré-operatório, mas, atendendo às particularidades do diagnóstico de tumor cerebral em termos de sintomatologia, diversidade de tratamentos, gravidade e implicações socio-profissionais, seria importante que este estudo tivesse continuidade nas fases que se seguem à cirurgia. Um estudo de cariz longitudinal, permitiria uma melhor compreensão e identificação das necessidades dos doentes ao longo do processo de doença e, daí, a adequação de intervenções de natureza psicossocial que possam ser um suporte para o ajustamento psicológico do doente, e também dos familiares cuidadores, que tal como encontramos em diversos estudos, necessitam igualmente de apoio.

Referências bibliográficas

- WHO (2008). Responding to the challenge of cancer in Europe. Michel P.Coleman, Delia-Marina Alexe, Tit Albrecht, & Martin McKee. Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, Ljubljana. ISBN: 9616659200.
- Keir, S. T., Swartz, J. J., & Friedman, H. S. (2007). Stress and long-term survivors of brain cancer. *Support Care Cancer*, 15(12), 1423-1428. doi: 10.1007/s00520-007-0292-1
- Cahill, J., LoBiondo-Wood, G., Bergstrom, N., & Armstrong, T. (2012). Brain Tumor Symptoms as Antecedents to Uncertainty: An Integrative Review. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 145-55. doi:10.1111/j.1547-5069.2012.01445.x
- Goebel, S., Kaup, L., & Mehdorn, H. (2011). Measuring preoperative anxiety in patients with intracranial tumors: the Amsterdam preoperative anxiety and information scale. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 23(4), 297-303.
- Arnold, S. D., Forman, L. M., Brigidi, B. D., Carter, K. E., Schweitzer, H. A., Quinn, H. E., & ... Raynor, R. H. (2008). Evaluation and characterization of generalized anxiety and depression in patients with primary brain tumors. *Neuro-Oncology*, 10(2), 171-81. doi:10.1215/15228517-2007-057
- Molassiotis, A., Wilson, B., Brunton, L., Chaudhary, H., Gattamaneni, R., & McBain, C. (2010). Symptom experience in patients with primary brain tumours: a longitudinal exploratory study. *European Journal Of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 14(5), 410-16. doi:10.1016/j.ejon.2010.03.001
- Rooney, A., Carson, A., & Grant, R. (2011). Depression in cerebral glioma patients: a systematic review of observational studies. *JNCI: Journal of The National Cancer Institute*, 103(1), 61-76. doi:10.1093/jnci/djq458
- Lamperti, E., Pantaleo, G., Finocchiaro, C., Silvani, A., Botturi, A., Gaviani, P., & ... Salmaggi, A. (2012). Recurrent brain tumour: the impact of illness on patient's life. *Supportive Care In Cancer*, 20(6), 1327-1332. doi:10.1007/s00520-011-1220-y
- Cavers, D., Hacking, B., Erridge, S. C., Morris, P. G., Kendall, M., & Murray, S. A. (2013). Adjustment and support needs of glioma patients and their relatives: Serial interviews. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1299-1305. doi:10.1002/pon.3136
- Finocchiaro, C. Y., Petrucci, A., Lamperti, E., Botturi, A., Gaviani, P., Silvani, A., & ... Salmaggi, A. (2012). The burden of brain tumor: a single-institution study on psychological patterns in caregivers. *Journal of Neuro-Oncology*, 107(1), 175-81. doi:10.1007/s11060-011-0726-y
- Pritchard, M. (2009). Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. *Nursing Standard*, 23(51), 35-40.
- Munafò, M. R., & Stevenson, J. (2001). Anxiety and surgical recovery: Reinterpreting the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(4), 589-96. doi:10.1016/S0022-3999(01)00258-6
- Karanci, A., & Dirik, G. (2003). Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(4), 363-69. doi:10.1016/S0022-3999(02)00631-1
- Asililoglu, K., & Celik, S. S. (2004). The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Education & Counseling*, 53(1), 65-70. doi:10.1016/S0738-3991(03)00117-4
- Jawaid, M., Musthaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*, 12(2), 145-48.
- Pritchard, M. J. (2011). Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nursing Standard*, 25(51), 35-9.
- Melo, M. L. (2005). Comunicação com o doente, certezas e incógnitas. Loures, Lusociência.
- Palese, A., Cecconi, M., Moreale, R., & Skrap, M. (2012). Pre-operative Stress, Anxiety, Depression and Coping Strategies Adopted by Patients Experiencing Their First or Recurrent Brain Neoplasm: An Explorative Study. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 28(5), 416-25.
- Perks, A., Chakravarti, S., & Manninen, P. (2009). Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 21(2), 127-30. doi: 10.1097/ANA.0b013e31819a6ca3
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer.
- Goebel, S., von Harscher, M., & Mehdorn, H. (2011). Comorbid mental disorders and psychosocial distress in patients with brain tumours and their spouses in the early treatment phase. *Supportive Care in Cancer*, 19(11), 1797-805.
- Gofton, T. E., Graber, J., & Carver, A. (2012). Identifying the palliative care needs of patients living with cerebral tumors and metastases: a retrospective analysis. *Journal of Neuro-Oncology*, 108(3), 527-34. doi:10.1007/s11060-012-0855-y
- Goebel, S., Stark, A. M., Kaup, L., von Harscher, M., & Mehdorn, H. M. (2011). Distress in patients with newly diagnosed brain tumours. *Psycho-Oncology*, 20(6), 623-30.
- Bardin, L. (2009) *Análise de Conteúdo*. Lisboa : Edições 70, Lda, ISBN:978-972-44-1506-2.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-47.
- Gallagher, R., & McKinley, S. (2007). Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 248-57.
- Salimena, A., Falci, A., Alaci, A., Bara V., Melo, M., & Dias, I. (2010). Mulher enfrentando cirurgia ginecológica: implicações para a assistência de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 9(2), 97-106.
- Caumo, W., Schmidt, A., Schneider, C., Bergmann, J., Iwamoto, C., Bandeira, D. & Ferreira, M. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 45(3), 298-307.
- Walker, J. (2007). What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal of Nursing*, 16(1), 27-32.
- Boer, J., Oostendorp, R., Beems, T., Oerlemans, M. & Evers, A. (2006). A systematic review of bio-psychosocial risk factors for an unfavourable outcome after lumbar disc surgery. *European Spine Journal*, 15, 527-36.
- Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2007). Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability. In E. Martz, H. Livneh, E. Martz, H. Livneh (Eds.), *Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical, and clinical aspects* (pp. 107-126). New York, NY, US: Springer Science and Business Media. doi:10.1007/978-0-387-48670-3_6
- Mok, L., Mphil, I. & Phil, I. (2008). Anxiety, depression and pain intensity in patients with low back pain who are admitted to acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 17(11), 1471-80.